ÜBER DIE BEHANDLUNG

DER

CARCINOMATÖSEN OESOPHAGUS-STRIKTUREN

MIT MORPHIUM.

INAUGURAL-DISSERTATION

DER

MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

DER

AISER-WILHELMS-UNIVERSITÄT STRASSBURG

ZUR

ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

VORGELEGT VON

IMANUEL HERMANN HIRSCHFELD

APPROBIERTEM ARZT AUS ST. KREUZ I. L.

LEIPZIG

GUSTAV FOCK

1890.

ÜBER DIE BEHANDLUNG

DER

CARCINOMATÖSEN OESOPHAGUS-STRIKTUREN

MIT MORPHIUM.

INAUGURAL-DISSERTATION

DER

MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

DER

KAISER-WILHELMS-UNIVERSITÄT STRASSBURG

ZUR

ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

VORGELEGT VON

IMANUEL HERMANN HIRSCHFELD

APPROBIERTEM ARZT AUS ST. KREUZ I. L.

LEIPZIG

GUSTAV FOCK

1890.

Die Medizin hat in den letzten Jahrzehnten auch ɜi den unheilbaren Übeln insofern Fortschritte gemacht, s die Kranken heute von den Symptomen ihres Leidens el weniger zu dulden haben, als früher. Können auch e grössten Triumphe der chirurgischen und medika-ɛntösen Technik den schliesslich letalen Ausgang eines ɔperablen *Carcinoms* etwa das Magens oder des Darms cht hindern, so spart doch die Magenfistel, der *anus aeternaturalis* und vor allem die Auswaschung des Ma-ns dem Patienten manche unsäglichen Schmerzen, und ɔhl jeder Arzt würde ohne *Narcotica* in so trostlosen ständen auf seinen Beruf verzichten wollen.

Bei der allgemeinen Anwendung, welche nun gerade s *Morphium* in allen den genannten Krankheiten ge-ıden, wird sich wohl mancher darüber wundern, dass sselbe jetzt speziell für die *Carcinome* des *Oesophagus* pfohlen werden soll. Es handelt sich hierbei jedoch ht darum, den Patienten mit dem Mittel einige ınden über das Traurige seiner Lage hinwegzu-ıschen, sondern mit demselben die Striktur zu öffnen l die Nahrungsaufnahme wieder zu ermöglichen.

Die Verengerung der Speiseröhre wird in der weit ɛrwiegenden Mehrzahl der Fälle durch Krebs ver-acht und die ihr eigentümliche Gefahr des Ver-ıgerns tritt meist erst dann ein, wenn die Enge so-ıt gediehen ist, dass beim Sondieren eine mittelstarke ıde nicht mehr passiert.

Alle nun bis jetzt angewandten Methoden zur Er-terung dieser Strikturen haben das Gemeinsame, dass dieselben mechanisch angreifen. Alle werden deshalb h mechanisch schädigen können und im grossen und zen mit denselben Gefahren verbunden sein.

Das älteste[1]), aber schwierigste und schädlichst Verfahren besteht in der für jede einzige Nahrungs aufnahme von neuem vorzunehmenden Sondierung. E ist nämlich bei dem schnellen Grössenwechsel der Öff nung der Strikturen nicht möglich, selbst wenn heut die richtige Dicke des Instruments gefunden, dasselb morgen wieder durchzubringen und bei der grössten Ge schicklichkeit wird mit der Spitze der Sonde nicht gleic in das Loch des Engpasses hineingetroffen werden. Au jeden Fall tritt bei der Sitzung eine Reizung des *Ca cinoms* ein und das Wachstum, wie vielleicht auch de Zerfall desselben werden, wenn man nach Analogie anderer Orte schliessen darf, recht bedeutend be schleunigt.[2]) Das letztere und eine Entzündung de Schleimhaut sind oft der einzige, recht unerwünscht Erfolg, denn trotz der mühsamsten und geduldigste Versuche gelingt es häufig nicht, durch die verengt Stelle zu kommen. Und gerade bei solchen resulta losen, wenn auch noch so schonend vorgenommene Manipulationen riskiert der Kranke, dass der *Oesophag* durchstossen wird. Man würde wohl sicher mit de Sondieren vorsichtiger sein, wenn gleich nach so g setzter Verletzung der Patient sterben würde. Er ge aber, wenn nicht gerade ein sehr auffallendes Unglü geschieht, gewöhnlich erst später zu Grunde, und d Schaden wird leicht übersehen. Gleichwohl vermeid die Mehrzahl der heutigen Ärzte bei *Carcinomen* aus de obigen Gründen die tägliche Einführung der Instr mente. Man liess dann wohl früher, nachdem der W einmal gefunden, die Sonde auf die Dauer liegen[3]), d obere Ende entweder in der Nase oder im Munde b

---

[1]) Zenker und von Ziemsen — „Krankeiten des Oesophagu Handbuch für spezielle Pathologie und Therapie.

[2]) Billrot, chirurgische Erfahrungen.

[3]) Renvers — „Zur Behandlung der Oesophagusstrikturen m telst Dauerkanülen". Zeitschrift f. kl. Med. Bd. XIII., p. 499.

ɔstigend. Ein so ausgerüsteter Patient kann, wie sicher onstatiert, über zehn Monate die Nahrung regelmässig ı den Magen bringen. Die Ausnahme bildet aber das ɔ lange mögliche Tragen der Magensonde. In der ℩egel knickt sie ein, verstopft sich schnell, der Mandrin ann das komprimierte Rohr mit Erfolg nicht reinigen; nerträgliche Druckgeschwüre entwickeln sich am Ringnorpel und alles zwingt — wenn heftige Würg- und rechbewegungen es nicht von selbst besorgen — die onde zu entfernen. Ob während des Liegens das viele in- und Herscheuern am *Carcinom* aber die Spontanɛilung oder nur den höchst zweischneidigen Zerfall ɛr Massen beschleunigt, ergiebt sich für die fast unendch überwiegende Mehrzahl der Fälle, wenigstens nach ıseren jetzigen Anschauungen, von selbst. Nicht sehr illensstarke Individuen, und auch diese sind in Betracht ı ziehen, werden überhaupt die Dauersonde, als höchst ɔnierenden Fremdkörper im Schlunde, nicht lange veragen können.

Ein grosser Fortschritt war es daher, als Symonds ıd Mackenzie in England und Renvers[1]) bei Leyden[2]) ıf den Gedanken kamen, die Sonde oben und unten ɔzuschneiden und nur die verengerte Stelle zu kanaliɛren. Leider ist aber auch hier die Einführung mit ɔn obengenannten Gefahren verbunden und gelingt es ɛineswegs leicht, oft gar nicht oder erst nach tageıgen Vorarbeiten mit langen Schlundsonden, den nöɛen Raum zu schaffen für die Placierung mittelgrosser ırrer Röhrchen, denn nur diese sind zu verwenden. t die Kanüle dann versenkt, so wird sie weder durch e im Munde oder der Nase fixierten Fäden, noch durch ɔn Rinn-Haken-Mechanismus *Obalinscis*[3]) in allen Fällen

---

[1]) Renvers (l. c.).

[2]) Leyden — „Verhandlungen des Kongresses für innere Meɔin". 1888.

[3]) Renvers (l. c.).

hinreichend befestigt sein[1]), um nicht gelegentlich in den Magen herabzugleiten. Ein günstiger Zufall kann sie ja, wie geschehen trotz des meist leeren Digestionstraktus, ohne Schaden anzurichten, wieder hinausbefördern. Dies wird jedoch kaum immer der Fall sein.

Die meisten Kranken haben, soweit ihre Leidensgeschichten veröffentlicht sind, bis jetzt überhaupt bei diese Methode viel Glück gehabt. Denn nur das ist es, wenn di Kanüle so liegt, dass sie einen fast gleichmässigen Schut und Druck auf die ganze Masse des *Carcinoms* ausübt, un mit dem oberen Ende des *Tumors* abschliesst. Häufige ist sie sicher bei ihrer exquisit konischen Form nur a einer besonders engen Stelle im Anfang der Striktu fixiert und balanciert mit der oberen Partie im *Oesophagu* hin und her, die Geschwulst und Schleimhaut ma drückend, mal reibend. Bei ihrer jetzigen Gestalt is darum selbst die Hoffnung eine trügerische, das *Ulcera-tionen* und *Perforationen* durch sie wie von einer Deck vor der Berührung mit Speisen geschützt werden.[2]) I Gegenteil. Zwischen den oberen Teilen des Krebses un des Instrumentes bildet sich unzweifelhaft häufig ein nich ganz freier Raum, in dem die Speisemassen liegen bleibe faulen und jauchen. Schliesst aber in seltenen Fälle die Kanüle oben mit dem Niveau der Striktur wirklic ab, so ist letztere recht weit; das Durchgangshindern wird hier nur erhöht oder gebildet durch die Daue kanüle selbst. Denn nicht ungefährlich ist ihre En fernung auch um die Zeit des Zerfalls. Bei nur gering Schiefstellung muss sie sich bei jedem Zuge an die buc tige Wand der morschen Speiseröhre stemmen und die bei selbst mässiger Anwendung von Gewalt durchbohre Unangenehmeren Zufällen noch ist man in der Perio

---

[1]) Jaworski — „Verhandlungen des Kongresses für innere M dizin“. 1888.

[2]) Renvers (l. c.).

[3]) Leyden (l. c.).

les Wachstums des *Tumors* ausgesetzt. Wenn die Kanüle n der Striktur nach Wunsch und Vorschrift liegt, so ann sie, oben und unten von Krebsmassen umwachsen, öllig festgeklemmt werden[1]), was nicht einmal das täg- che immerhin prekäre Nachfühlen mit einem *Mandrin*, ie Beobachtungen beweisen, hintanhalten konnte. Die olgen eines gewaltsamen Herausreissens wären aber dann eradezu deletäre. Trotz aller erwähnten, möglichen ventualitäten ist diese Renvers-Leydensche Einführung die Praxis eine segensreiche, welche leider bei nur enigen geeigneten Fällen, wie die — bei grossem *Scepti- smus* allerdings auch anders deutbaren — Kranken- eschichten zeigen, grosse Erleichterung bringen und das eben längere Zeit erhalten kann.

Die letzte unblutige Methode, welche bei narbigen rikturen gute Wirkung hat, die allmähliche Erweiterung r Enge mit eventuell längere Zeit liegenbleibenden, nder mehr grossen oder einer aufschraubbaren Elfen- inolive und auch die Zapfenramme[2]) von von Bruns eiben bei dem *Carcinom* ohne dauernden Erfolg. Die bstanz des letzteren ist kaum kompressibel, die Wand r Speiseröhre dehnt sich und weicht, trotz der meist filtrierten Umgebung, aus, um jedoch bald dieselbe elle wieder einzunehmen. Die zur Erweiterung ange- ndte Gewalt darf nämlich keinen Falls bis zur Spren- ng des Hindernisses gesteigert werden, da ein nur einer Riss im brüchigen Gewebe sich weit fortsetzen d den letalen Ausgang verfrühen kann. Letzteres t in noch höherem Masse vom Pressschwamm und der non früher empfohlenen[3]), neuerdings von Senator aus n alten Armentarium wieder hervorgeholten *Laminaria* d allen quellbaren Materialien. Ist ja doch bei der

---

[1]) Renvers (l. c.).
[2]) Höchstetter — „Über Dilatation der Oesophagusstrikturen“.
[3]) Höchstetter (l. c.).
Senator — Therapeutische Monatshefte. 1889.

Unberechenbarkeit des Widerstandes der Striktur nicht einmal der Umfang des in *situ* sich vergrössernden Körpers bekannt.

Mindestens muss bei der Entfernung der *Laminaria* öfter unzuträgliche Gewalt[1]) angewandt werden, besonders, wenn das untere Ende die Striktur nur ein wenig pilzartig überragte.

Ein Schritt und wir sind bei der hier wohl stets von oben nach unten vorzunehmenden internen *Oesophagotomie.* Mit kachiert eingeführtem Messer ohne Aufsicht des Auges in nächster Nähe der wichtigsten Organe zu schneiden, ist ein Hasardspiel um das Leben, das hier umso unnützer ist, als der selbst vielfach gespaltene *Tumor* denselben Widerstand bald wieder bietet, wenn nicht der Hauptgewinn die Verjauchung der Krebsmassen ist.

Viel rationeller, aber auch nicht gerade von glänzendem Erfolge gekrönt, sind die *Oesophag-Gastrectomien* und Magenfisteln. Die Statistik[2]) lehrt, dass eine Verlängerung des Lebens bei den ersteren nicht in dem Maasse eintritt, als man verlangen müsste bei der Gefahr welcher der Kranke durch dieselbe ausgesetzt ist. Eine narbige Striktur ist ein schon glückliches Resultat, doch fehlt zur Hemmung oder Heilung derselben dem Patienten oft die nötige Lebenszeit. Selbst der kühnste Operateur kann ja bis heute meist nur symptomatisch die Striktur eliminieren. Eine Radikalextirpation des ganzen *Tumors* ist so lange im allgemeinen ein *pium desiderium,* bis die Diagnose des *Oesophagus*-Krebses frühzeitig mit Sicherheit zu stellen ist und der Kranke sich sofort zu dem lebensgefährlichen Eingriff entschliesst. Ausserdem verfallen viele nach chirurgischen Eingriffen am *Digestionstractus,* ohne dass bis heute eine genügend

---

[1]) Höchstetter (l. c.). — Gross bei Renvers (l. c.).

[2]) Nach Kriess Zusammenstellung (in der deutschen Medizinalzeitung 1886) schwankte die Lebensdauer von 35 wegen Oesophaguscarcinom durch Gastrotomie mit Erfolg operierten zwischen 27 Tagen und 12 Monaten, betrug also Mittel 125 Tage.

Erklärung zu geben wäre, einer schnellen *Inanition,* welche hier durch die Kachexie des Grundleidens noch gesteigert wird. Selbst bei einfachen Magenfisteln ist dieser Zustand manchmal nicht zu hindern, wenn auch gespeichelte, richtig temperierte und im annähernd normalen Verdauungsstadium befindliche Nahrungsmittel eingebracht werden. Die Hoffnung, welche man deshalb m Anfang an diese genialen Operationen knüpfte, sind nicht in Erfüllung gegangen. Meister ihrer Kunst forlern die Kranken kaum mehr zu derselben auf. Für Fälle, in welchen der Allgemeinzustand jedoch relativ gut, die Striktur aber für alles undurchgängig bleibt, wird die Anlegung einer Magenfistel oder auch die *Gastrectomie* für immer reserviert und in Übung bleiben müssen, nur in Ermangelung jeder andern Hilfe, da wir is jetzt mit den Nährklystieren kaum jemand auf länere Zeit von dem Hungertode retten können.

Bei allen Maassnahmen in der Behandlung einer *esophagus stenose* sollte man nun nicht von der Vorellung ausgehen, dass in jedem Fall von *carcinomatöser* triktur, der *Tumor* durch seinen Umfang und die Bilung einer verdickten, starren unnachgiebigen Wand en *Oesophagus* verlege, und so den für die Passage der ahrungsmittel notwendigen Platz verstopfe. Man sieht vielmehr oft, dass heute das mittelstarke Instrument icht passiert und morgen mit dem dünnsten nicht ırchzukommen ist; dass morgens festere Nahrungsmittel eschluckt und schon abends Milch und Breie regurgiert werden; dass wochenlang kaum ein grösserer Bissen nd dann wieder Tage hindurch jedes kleine Bröckel ecken bleibt, und schliesslich, dass ein bei der Autopsie en *Oesophagus* nicht entfernt obturierender *Tumor,* denlben im Leben vollständig undurgängig machen kann. iese scheinbar sich widersprechenden Beobachtungen den, wie ich glaube, eine Erklärung durch die güngen Erfolge der *Morphium*-Behandlung: Es handelt ch bei vielen Strikturen nicht allein um die Grösse

des *Tumors*, sondern besonders im Anfange um ein spastische Kontraktion der Ringmuskulatur, welche da in der Ruhe noch offene Lumen an der erkrankten Stell zusammenschnürt. Diese Annahme findet vielfach Stützen in der Pathologie der übrigen *Oesophagus*-Krank heiten. Die Muskulatur dieses Organs hypertrophier nach ganz geringen Reizen[1]) und sind Fälle bekann wo schon sieben Wochen nach geringen Verengerunge die Fleischmassen deutlich an Durchmesser zugenomme hatten. Wenn nun auch die Muskelhypertrophie bein Krebs nicht so kräftig entwickelt wird, wie bei gewöhn lichen Strikturen, so ist sie in der Mehrzahl der Fäll vorhanden. Von der Energie dieser Muskelwand sin ferner die hysterischen und idiopathischen zuweile schwer überwindlichen spastischen *Oesophaguscontracturen*[2]) die besten Zeugen. — Dass aber die *Ulceration* de Schleimhaut des *Oesophagus* beim *Carcinom* zu eine starken sensiblen Reizung führen muss, und damit re flektorisch eine heftige Kontraktion der Muskelschich der *Oesophagealwand* herbeizuführen geeignet ist, bedar keiner Ausführung.

Zur Hebung solcher Reflexkrämpfe und zur Be ruhigung unwillkürlicher Muskeln ist das souverän Mittel das *Morphium*. Die Therapie der Magen-, Darm- Herz- und Lungenkrankheiten macht gerade von diese Eigenschaft ausgedehnten Gebrauch. Und auch bei de Strikturen der *Urethra* und des *Oesophagus* wurde längs schon häufig die Bemerkung nebenbei gemacht, dass di Sonden- resp. Nahrungseinführung bedeutend erleichter ist unter der Wirkung von Opiaten, ja dass sogar nac vorher absoluter Unmöglichkeit die Enge mit eine dünnen Sonde zu passieren, dann die konsistenteren Brei

---

[1]) Zenker und Ziemsen (l. c.).

[2]) Zenker und Ziemsen — „Krankheiten des Oesophagus“ (l. c.)

[3]) Lecombe — „Deux faits d'oesophagisme symptomatique li dans un à un cancer de l'éstomac dans lautre à un cancer situé loi de l'obstacle.“

genossen werden konnten. Fritsche[1]) erwähnt z. B. in seiner Dissertation über den Krebs der Speiseröhre diese Wirkung verschiedentlich und Renvers[2]) giebt, wenn der *Oesophagus* durch krampfartige Zusammenziehung, gleich nach der Einführung der Dauerkanüle undurchlässig wird, mit baldigem Erfolg eine *Morphiuminjection.*

Alle diese, und mit ihnen wohl die meisten Ärzte, wandten, soweit wenigstens aus den Veröffentlichungen zu ersehen, das *Morphium* aber immer nur darum an, um dem Patienten in einigen Stunden Vergessenheit, Trost in dem jammervollen Leiden zu spenden, besonders nach erfolglosen, mechanischen Erweiterungsversuchen. Zu beliebiger Tageszeit und in keiner Beziehung zu den Mahlzeiten wurde es deshalb verabreicht. Es empfiehlt sich aber nun entschieden, das Mittel mit dem direkten Zwecke zu geben, die Striktur, durch Beseitigung der reflektorischen Muskelkontraktion, durchgängig zu machen. Bevor wir jedoch auf diese Behandlungsweise und ihre Erfolge näher eingehen, teilen wir einige einschlägigen, teils in der Königsberger, teils in der Strassburger Klinik aufgenommene Krankheitsgeschichten mit, die Herr Professor Naunyn mir zur Verfügung gestellt hat, wofür ich ihm meinen besten Dank ausspreche. —

1. Jenny W., 48 Jahre alt, stammt aus gesunder Familie und befand sich stets wohl, bis sich vor vier Monaten beim Schlucken das Gefühl einstellte, als ob die Speisen oberhalb des Magens liegen bleiben. Schon acht Wochen später wurde es für sie unmöglich, festere Nahrung herabzubringen, seit 14 Tagen machen auch Flüssigkeiten erhebliche Schlingbeschwerden und werden zum grössten Teil wieder erbrochen, Milch stets in nicht koaguliertem Zustande. Stuhlgang angehalten und seit langer Zeit stets hart, Appetit gut.

Status praesens: Kleine, gracil gebaute sehr magere

---

[1]) Fritsche — über den Krebs der Speiseröhre.
[2]) Renvers (l. c.).

Person von gelblich fahler Hautfarbe. Die Auskultatio und Perkussion ergiebt am *Thorax* überall normalen Be fund. Die Leber ist vergrössert und drei Finger brei unter dem Rippenbogen tastet man deutlich ihre unteren Rand. Derselbe ist ziemlich weich anzufühle und die Oberfläche scheint mit vielen kleinhöckerige Auflagerungen versehen zu sein. Die Palpation ist hie mit deutlichem Schmerz verbunden; im übrigen ergieb das Tastgefühl in dem sehr zusammengefallenen Bauch nichts Erwähnenswertes.

Patientin kann selbst Flüssigkeiten nicht herunter schlucken, dieselben werden nach einiger Zeit wiede ausgespieen. Die Magensonde stösst ungefähr in de Gegend der Bifurkationsstelle der *Trachea* auf ein durch sie unüberwindliches Hindernis. Urin wird in minimalen Quantitäten gelassen, spez. Gew. 1030. Stuhlverstopfung Temperatur und Puls normal.

Ordination: Dreimal täglich, jedesmal vor der Mahl zeit eine *Morphium*einspritzung von 0,01 unter die Haut des Sternums. Flüssige Nahrung. Darmausspülung.

9\. 12. 85. Patientin vermag etwas besser als früher zu schlucken, mehr als die Hälfte wird jedoch noch erbrochen.

12\. 12. 85. Es wird gar keine Nahrung mehr bis in den Magen gebracht. Der Kräfteverfall ist zusehends Urin in minimalen Mengen, spez. Gew. 1030, Eisenchloridreaktion, kein Eiweiss.

Ordination: Ernährungsklystiere pro *die* 100 Gramm Kochs Pepton. Patientin wird unter *Morphium* gehalten

23\. 12. 85. Die Kranke erholt sich unter dieser Behandlung sichtlich, doch klagt sie über Leibschmerzen und hat Durchfälle. Deshalb werden zwei Tage keine Nährklystiere gegeben.

26\. 12. 85. Letztere werden heute wieder begonnen, die Durchfälle haben nachgelassen.

3\. 1. 86. Flüssige Nahrung wird bedeutend besser geschluckt. Da die Koliken von Zeit zu Zeit wieder

auftreten, werden jetzt nur noch eins, höchstens zwei Ernährungsklystiere pro *die* gegeben. Patientin bekommt nach wie vor ihre drei *Morphium*-Injektionen täglich. Die Sonde scheint etwas tiefer in die *Oesophagus*-Striktur eindringen zu können, vermag aber noch immer nicht durch sie hindurchzukommen. Urin nicht mehr wie 100 cbcm, spez. Gew. 1027, kein Eiweiss Eisenchloridreaktion.

3. 1. 86. Mit grosser Vorsicht schluckt Patientin jetzt gut flüssige Speisen, die Nährklystiere werden ganz ausgesetzt. Urin immer noch wie am 3/1.

5. 1. 86. Nach den Einspritzungen ist die Person in der letzten Zeit sehr aufgeregt, es wird deshalb *Atropin* denselben hinzugesetzt.

0. 1. 86. Die Erregungserscheinungen treten nicht mehr ein. Patientin vermag völlig genügend sich *per os* zu ernähren, Urinmenge heute 500 Gramm, derselbe hat keine Eisenchloridreaktion mehr.

0. 1. 86. Patientin sieht verhältnismässig recht kräftig aus, Puls, Temperatur, Stuhlgang normal. Urin 970 cbcm, spez. Gew. 1009.

3. 2. 86. Ernährungszustand bleibt andauernd recht befriedigend. Wegen der Schmerzen an der Strikturstelle und Gährungen im Magen werden *Carbol*-Pillen mit *Morphium* verordnet.

). 2. 86. Da die letzteren Magendrücken zu verursachen scheinen, wird eine Lösung gegeben von *Rp. acid. carbol* 1,0, *aq. dest* 150. *Morph. muriat* 0,08, *Glycerin pur* 50,0. Die Urinmenge beträgt jetzt regelmässig über 1000 cbcm bei einem spez. Gew. von 1010 bis 1014.

). 3. 86. Der Zustand der Patientin ist recht befriedigend. Sie ist sogar auffallend wohl.

5. 3. 86. Heute bestehen Klagen über Schmerzen im Schlunde, der Stuhlgang ist nie recht in Ordnung. Kotballen deutlich fühlbar.

). 3. 86. Patientin wird in das rote Haus übergeführt.

Dieselbe bekommt ihre *Carbol*-Lösung mit *Morphiu* Ausserdem vor dem Mittagessen 0,015 *Morphium su cutan* und abends *Morphium* mit *Atropin.* Die Kranl befindet sich wohl, geht im Zimmer herum un bringt fast alle flüssige und breiige Nahrung hera Nur sehr geringe Quantitäten kommen von Zeit z Zeit wieder hinauf. Stuhlgang nur auf Ausspülunge

30. 3. 86. In der letzten Zeit klagt Patientin weder üb Aufregung, noch Nachtschweisse. Deshalb wird d *Atropin* weggelassen.

11. 4. 86. Mit anscheinend gutem Allgemeinbefinde kommt die Patientin heute zur Entlassung; die Pe son kann sich vollständig gut *per os* ernähren; wird ihr geraten, mittags und abends vor den Mah zeiten 0,015 *Morphium subcutan* zu nehmen.

2. Friedrich Z., 42 Jahre alt.

Patient ist bis zu seiner jetzigen Erkrankung imme gesund gewesen. Den Beginn seines Leidens datiert e cirka 7 Monate zurück. Damals bemerkte er zuerst, das nach dem Essen besonders von festeren Speisen in de Magengegend ein stechender Schmerz auftrat. Im De zember 1886 fing er an zu erbrechen und zwar im Ar fang nur die konsistente Nahrung. Eine Anschwellun der Parotis machte ihm im Januar das Kauen unmöglic und bald trat Erbrechen bei allen Speisen ein. Der Pa tient fühlt, dass er immer mehr abmagert und schwäche wird. Früheres Gewicht 225 Pfund, jetzt 154.

Status praesens: Grosser starkknochiger Mann, Mus kulatur schwächlich, Fettpolster sehr gering, Gesichts farbe *cyanotisch*, an den unteren Extremitäten bestehe leichte *Ödeme.* Untersuchung der Brustorgane ergieb vom unteren Rande der vierten Rippe an beiderseit Dämpfung. Uber den nicht gedämpft klingenden Teile der Brustwand hört man bei der Auskultation normale Atmen. Unterhalb derselben ist das Atmungsgeräusc und der *Pectoral fremitus* bedeutend abgeschwächt. Di Untersuchung mit der Schlundsonde lässt eine bestehend

Stenose des *Oesophagus* an der *Cardia* fühlen; Stuhlgang etardiert. Urin in geringen Mengen, spez. Gew. 1030, Temperatur und Puls normal.

Abdomen aufgetrieben, auf Druck im *epigastrium* empfindlich, Palpation ergiebt Anwesenheit eines ziemlich edeutenden *Ascites*.

Alle genommene Nahrung wird erbrochen.

Ordination: Morphium subcutan vor jeder Mahlzeit 0,01.

5. 5. 87. Patient behält alle flüssige Nahrung, die gut geschluckt wird, bei sich.

4. 5. 87. *Punktion* des *abdomens;* es werden 10 Liter seröser Flüssigkeit entleert; Urinmenge steigt auf über 1000 Gr. täglich.

8. 5. 87. Patient verlässt die Klinik gebessert und erbricht, seitdem er *Morphium*-Einspritzungen bekommt, nicht mehr und fühlt sich bedeutend wohler.

3. Frau L., 55 Jahre alt, ist hereditär nicht belastet. usser einem Nervenfieber hat sie nie eine ernstliche rankheit gehabt. Im Mai vorigen Jahres bemerkte sie, ass die Bissen nicht mehr glatt herabgehen wollten, sie lieben öfter im „Halse“ stecken und konnten nur durch achgetrunkene Flüssigkeiten in den Magen befördert erden. Seit 2 Monaten werden festere Speisen unveraut wieder ausgespieen. Flüssigkeiten machen nur genge Schlingbeschwerden.

Status praesens: Mittelgrosse, noch ziemlich gut geährte Person. *Torax* und *Abdomen* normaler Befund. ine Striktur in der Nähe der *Cardia*, welche dünne onden passieren lässt. Kompaktere Bissen bleiben hier egen und werden nach einiger Zeit erbrochen.

3. 1. 86. *Ordination:* 1 Centigramm *Morphium* vor dem Mittagessen *subcutan*; flüssige Speisen. Das Schlucken geht bedeutend besser und leichter, subjektives Befinden der Patientin sehr gehoben.

2. 2. 86. Patientin kommt heute zur Entlassung mit dem Rate, *Morphium* zu Hause vor jeder Mahlzeit zu nehmen.

4. M., 61 Jahre alt. Patient stammt aus gesunder Familie. Vor cirka einem halben Jahr bemerkte er, dass Bissen von Fleisch ihm innerhalb der „Brust“ stecken blieben. Ein Arzt sondierte ihn. Trotzdem nahmen die Schlingbeschwerden zu, so dass Patient weiche und flüssige Speisen gar nicht oder wenigstens nur mit grossen Schwierigkeiten schlucken konnte. Bei einer in seiner Heimat vor cirka 2 Wochen vorgenommenen Sondierung gelang es nicht mehr in den Magen zu kommen, sondern das Instrument blieb etwa in der Mitte des *Sternums* stecken. Seit etwa 10 Tagen hat Patient gar nichts mehr schlucken können.

Status praesens: Ziemlich grosser, kräftig gebauter Mann, schlechter Ernährungszustand. Die Klagen beziehen sich auf Hunger und Durstgefühl, Herz und Lunge normal, *Abdomen* sehr stark eingezogen, Därme leer, Magen- und Lebergegend sehr druckempfindlich. *Tumor* oder Drüsenanschwellung sind nirgends zu finden. Bei der Sondierung des *Oesophagus* stösst man etwa in der Höhe der Bifurkationsstelle auf ein Hindernis, durch welches man selbst mit den feinsten Sonden nicht hindurchgelangt. Flüssigkeiten werden in ganz geringen Quantitäten getrunken, ein Stückchen von einer weichen Semmel wird bereits nach einer Minute wieder ausgewürgt.

23. 6. 83. Nachdem eine halbe Stunde vorher eine *Morphium*-Injektion von 0,01 gegeben, passiert heute die Sonde die *Stenose.* Im Laufe des Tages kann Patient flüssige Nahrung in grösseren Quantitäten geniessen und befindet sich frei von Beschwerden.

26. 6. 83. Patient hat in den letzten Tagen gut schlucken können, nachdem er *Morphium-subcutan* erhalten und verschiedentlich sondiert worden war. Er verlässt die Klinik.

5. Theodor Cz., 52 Jahre alt, ist hereditär nicht belastet. Vor acht Jahren machte er einen Gelenkrheumatismus durch. Seit 3 Wochen hat er Schluckbeschwerden, es kommt ihm vor, als bestände ein Hindernis in der

peiseröhre, welches dem Hinabgleiten fester Speisen chwierigkeiten entgegensetzt. Er hat deshalb in den tzten 2 Wochen hauptsächlich weiche und flüssige peisen zu sich genommen, seit 3 Wochen leidet er usserdem an Heiserkeit.

Status praesens: Patient ist in einem noch mässig uten Ernährungszustand, an Lunge, Leber, Herz nichts esonderes. Die Untersuchung des Kehlkopfs ergiebt eine *Anomalie*, welche die bestehende Heiserkeit erklären önnte. Die Sondierung des *Oesophagus* zeigt die Anesenheit einer Striktur ungefähr 25—30 Ctmts vom *rificium oris* entfernt. Es gelingt keiner Sonde dielbe zu passieren. In der linken *Fossa supraclavicularis* ne undeutliche Härte fühlbar. Urin eiweissfrei, spez. ew. 1010.

Ordination: Morphium-Injektion von 0,01 vor jeder ahlzeit.

. 12. 87. Patient vermag dünne Speisen und auch kleine Fleischstückchen zu geniessen, ohne dass er erbricht. — Wird aus der Klinik entlassen.

6. Joachim W., 50 Jahre alt, war früher immer sund. Im September 1887 bemerkte er zuerst, dass m beim Essen der Speisen das Schlucken schwer wurde d dass er dabei Schmerzen empfand, er musste viel fstossen und erbrechen. Milch soll immer in ungennenem Zustande ausgewürgt worden sein.

Status praesens: Grosser starkknochiger Mann, mit rftig entwickelter Muskulatur und sehr geringem *panni- us adiposus*, Hautfarbe schmutzig bräunlich, Brust und terleibsorgane lassen keine *Anomalien* erkennen. Die nossenen Speisen werden gleich nach dem Schlucken rochen. Die Untersuchung mit der Schlundsonde lässt e Verengerung der Speiseröhre, etwa 15—20 Centimeter m *Orificium oris* entfernt, erkennen. Die Verengerung für dünne Sonden passierbar.

Ordination: Morphium-Injektion morgens und abends esmal vor den Mahlzeiten 0,01. *Carbol*-Pillen.

27. 2. 87. Patient vermag nach dieser Behandlung alle Speisen zu geniessen und verlässt gebessert die Klinik.

7. Ludwig F., 52 Jahre alt, war bis auf seine jetzige Krankheit stets gesund. Im August 1885 erkrankte er unter heftigem Bluterbrechen und Magenschmerzen. Seit dieser Zeit litt er an Appetitlosigkeit, Aufstossen, Schmerzen während und nach dem Essen. Seit Anfang Oktober gesellte sich dazu noch Behinderung der *Deglutition*, zumal feste Speisen blieben in der „Magengegend" stecken und wurden häufig auch erbrochen.

Status praesens: Kleiner, enorm kachektisch aussehender Mann, *Abdomen* stark eingesunken, auf Druck in der *Epigastralgegend* schmerzhaft, *Tumor* nirgends fühlbar. Schlundsonden bleiben in der Nähe der *Cardia* in einem Hindernis stecken.

Ordination: Morphium subcutan jedesmal 0,01, dreimal täglich vor den Hauptmahlzeiten; *Carbolsäure*-Lösung und *Morphium* innerlich. Flüssige Diät. Gegen die starke Stuhlverstopfung Darmausspülung.

18. 11. 86. Patient kann gut schlucken, behält das Essen nur, wenn er vorher *Morphium* injiziert erhalten hat, dann aber auch ziemlich regelmässig bei sich. Der Ernährungszustand hat sich jedenfalls nicht verschlechtert. Der Kranke verlässt die Klinik.

8. Karl L., 48 Jahre alt, die Eltern starben in hohen Alter, er selbst war stets gesund. Seit November 1888 fühlt sich Patient nach dem Genuss kalten Wassers unwohl. Im Frühling verspürte er zuerst Schmerzen in der *Cardial*-Gegend. Feste Speisen wurden seit dieser Zeit erbrochen.

Status praesens: Mittelgrosser Mann, von ziemlich derben Knochenbau, mässig entwickelter Muskulatur, fast keinem *panniculus adiposus.* Untersuchung der Brust- und Bauchorgane, wie des Urins ergiebt normale Befunde. Körpergewicht bei der Aufnahme 117 Pfund. Patient ist nicht im stande feste Nahrung, auch noch so klein gekaut, zu sich zu nehmen. Sowie er sie geschluckt, wird

e wieder herausgewürgt. Flüssigkeiten in ganz ge-
ngen Mengen vermag er zu geniessen, jedoch auch nicht
gelmässig. Bei Sondierung des *Oesophagus* gelangt man
2 Centimeter vom Lippenrande entfernt auf einen Wider-
and, den man ohne Anwendung von Gewalt nicht über-
inden kann. Patient erhält eine Viertelstunde vor dem
ittagsessen 0,01 *Morphium subcutan,* darauf kann er mit-
gs und abends Brei, Gemüse, Pfannenkuchen, gehacktes
eisch essen, Brot bringt er nicht hinunter. Nach
)15 *Morphium* eine Viertelstunde vor dem Essen ver-
ag er auch Brot, und dieses selbst noch am andern
orgen zu schlucken.

In den ersten 3 Tagen erhält Patient abends wegen
hlaflosigkeit noch 0,01 *Morphium,* später überhaupt nur
ch für den ganzen Tag 0,015. Der Mann fühlt sich
ır wohl, Gewicht am 25./11. 89 120 Pfund.

Am 1. Dezember wurde er bei subjektivem Wohl-
finden entlassen, er kann alles geniessen und wird ihm
r fernere Gebrauch des *Morphiums* angeraten. Die
sis brauchte nicht gesteigert zu werden.

9. Sch., 54 Jahre alt, seit 4 Wochen bestehen
hluckbeschwerden und ist die Speiseröhre für feste
eisen gar nicht mehr durchgängig, selbst Flüssigkeiten
rden häufig regurtitiert, Milch in nicht geronnenem Zu-
nde, in der linken *Fossa supraclavicularis* ein grosses
ket harter Drüsen fühlbar. Der Schlundschwamm
ibt in der Gegend der Bifurkation der Trachea stecken.
ch mehreren *subcuntanen Morphium*-Injektionen fühlt
n der Patient sehr erheblich gebessert und kann wieder
ız gut schlucken.

10. Josef St., Weichensteller, 47 Jahre alt, klagt
; 9 Monaten über Magenschmerzen und Beschwerden
m Schlucken. Fleischstücke blieben stecken und
ssigkeiten gingen nicht eher herab, als bis erstere
der erbrochen waren. Der Schlundschwamm stösst
der Gegend der *Cardia* auf ein Hindernis. Nach
phium-Injektionen ist das Schlucken wieder möglich.

Körpergewicht am 28/11. 110 Pfund, am 15/12. 113 Pfund
Patient verlässt die Klinik und kommt täglich, um sic
vor dem Mittagessen eine *Morphium*-Einspritzung gebe
zu lassen, nach der er jedesmal wieder 24 Stunden lan
gut schlucken kann. Körpergewicht am 2/1. 89. 119 Pfunc

11. Karl A., 38 Jahre alt, führt seine jetzigen Be
schwerden auf Magenkrämpfe, von denen er im Somme
1888 befallen wurde, zurück. Feste Speisen werden ve
mischt mit Schleim seit Februar 1889 regelmässig e
brochen; ausserdem Klagen über heftige Schmerzen i
der Magengegend. Ganz flüssige Nahrung kann noch i
den Magen gelangen. Die Sonde stösst in der Gegen
der *Cardia* auf ein unüberwindliches Hindernis. Nac
Morphium-Injektionen können selbst breiige Speisen b
deutend besser und leichter geschluckt werden.

Aus den angeführten Fällen ergeben sich die hervo
ragenden Vorteile der *Morphium-Therapie*. Durch die
gelang es, bei den 12 Kranken eine bedeutende un
keineswegs nur ganz vorübergehende Besserung zu e
zielen. 0,01—0,02 *Morphium* als *subcutane* Injektion dre
mal täglich, eine Viertelstunde vor der Mahlzeit erleic
terte das Schlucken stets.

In Fall 8 und 10 genügte sogar 0,015 des Mitte
gegen Mittag injiziert für den ganzen übrigen Tag, u
auch am nächsten Morgen konnten Brot und Fleisc
stückchen ohne Schwierigkeiten in den Magen gebrac
werden. Direkt nach der *Morphium*-Injektion wurd
breiige und gut gekaute konsistentere Speisen von jede
der 12 erst angeführten Patienten genossen. Der E
nährungszustand besserte sich bei allen diesen 12 sich
lich, No. 10 wurde in einem Monat um 9 Pfund, No.
in neun Tagen drei Pfund schwerer. Die übrigen si
leider nicht gewogen worden. Der Urin nahm an Men
bei allen sehr zu, ein sicheres Zeichen der besseren E
nährung. Subjektiv fühlte sich jeder mit *Morphium* B
handelte bedeutend wohler, war mit den erzielten R
sultaten zufrieden, ja mancher glaubte sich sogar gehei

ı Fall 1 traten nach den Injektionen zwar Aufregungsıstände und Schweisse auf. Dieselben wurden durch usatz von *Atropin* zur Einspritzung jedoch bald gehoben. ie Besserung ist natürlich keine jahrelange, weil das ıechanische Schluckhindernis nur ein Moment für den lgemeinen Verfall bildet; gegen die Krebs-Kachexie an nd für sich und auch gegen den gestörten Verdauungsıemismus bei auf den Magen übergreifenden *Tumoren* at unsere Wissenschaft noch keine wirksamen Mittel.

Mit Zahlen-Angaben können wir freilich die aus der *lorphium*-Behandlung resultierende Lebensverlängerung icht berechnen. Auch giebt es selbstverständlich Kranke enug, bei welchen die *Morphium*-Injektion von Anfang n oder schliesslich nicht mehr eine nennenswerte Beserung schafft. Während aber bei den übrigen Methoden ı der überwiegenden Mehrzahl der Fälle bald die *Stenose* nüberwindlich wird, trat die Gefahr des Verhungerns ei obigen 11 Fällen so lange nicht wieder heran, als ie Patienten überhaupt in Beobachtung waren, obgleich e bei der Mehrzahl schon vorzuliegen schien, als mit en *Morphium*-Injektionen begonnen wurde.

In 2 anderen Fällen, die hier nicht ausführlich aneführt sind, wurde zwar die Durchgängigkeit der Striktur ir Speisen nicht mehr erreicht, doch zeigte sich regelıässig eine günstige Wirkung des *Morphiums* darin, dass ur nach Einspritzungen Sonden eingeführt werden onnten. Wenn dies auch nicht regelmässig gelingt, so t eine Injektion trotzdem stets zu geben, um versuchseise die Einführung der Instrumente und durch diese ann das Eingiessen von Nährflüssigkeiten in den Magen erade bei verzweifelten Fällen zu erleichtern oder überaupt noch zu ermöglichen. Bei unseren 12 Patienten urde die Sonde nur zu diagnostischen Zwecken benutzt, nd wo man mit den *Morphium*-Injektionen zum Ziele ommt, sollte man sich hierauf beschränken, um nicht as Wachstum und den raschen Zerfall durch das häufige ondieren zu befördern.

Der Gefahr, den Patienten möglicherweise zu einem Morphinisten zu machen, können wir vorläufig nicht entgehen. Sie ist aber wesentlich geringer, wie man glauben sollte, weil man für unseren Zweck meist nur sehr allmählich mit der Dosis zu steigen genötigt ist. Von zwei Übeln wählt jeder stets das kleinere und wohl jeder Kranke würde, über den Sachverhalt schonend belehrt, selbst dem sicheren qualvollen Siechtum und Tod die Möglichkeit vorziehen, länger und angenehmer, wenn auch chronisch vergiftet, zu leben.

Zum Schluss erlaube ich mir noch eine 12te Krankengeschichte anzuführen; dieselbe betrifft einen Kranken mit wahrscheinlich nicht *carcinomatöser* Striktur. Auch hier wurden die jahrelang bestehenden Symptome der *Stenose* durch eine 14tägige Behandlung mit *Morphium*-Injektionen erheblich und dauernd gebessert oder gar für immer beseitigt.

Wilhelm M., 49 Jahre alt. Die Eltern des Patienten leben und sind gesund. Er selbst hatte als Soldat Lungenentzündung, eine Kopfrose und später den *Typhus*. Sein jetziges Leiden datiert drei Jahre zurück. Es begann mit allmählich sich steigernden Beschwerden beim Herabschlingen der Speisen, besonders feste und kalte Nahrung blieb oberhalb des Magens stecken und wurden bald durch Erbrechen wieder herausbefördert. In dem Erbrochenen waren häufig zähe Schleimmassen, auch war die Farbe öfter bräunlich. Während des Verlaufs der Krankheit hat meist *Obstipation* bestanden. Patient ist infolge mangelhafter Ernährung körperlich sehr heruntergekommen. In dem letzten Jahre bestehen auch noch starke Schmerzen im Kreuz und in der Brust und ferner häufiges Aufstossen von Gasen.

Status praesens: Die Untersuchung des Patienten giebt überall normalen Befund. Bei Sondierung des *Oesophagus* stösst man in der Gegend der *Cardia* auf einen Widerstand, der aber auch für mittelstarke Sonden passierbar ist. Der Kranke vermag keine festen Speisen, auch keine

[ilch oder schleimige Sachen zu schlucken, er klagt über chmerzen in der Gegend des *scorbiculus*, welche auf)ruck bedeutend intensiver werden. Er sagt aus, dass :hon lange die Speisen in der Gegend der *Cardia* sitzen leiben und dann plötzlich wie in einen Sack glitten.

Ordination: Morphium-Injektion vor jeder Mahlzeit 0,01. *'p. Arg. nitr* 0,2, *Morph. acet* 0,1, *Aq. dest* 40,0, *Glycerin* 20,0, *[. D. S.* 3stündlich einen Theelöffel. Vierzehn Tage)äter verlässt der Patient die Klinik. Er ist im stande, de feste Speise zu schlucken, sieht bedeutend wohler ıs und hat über Schmerzen nicht mehr zu klagen.

Druck von Hesse & Becker in Leipzig.

Druck von Hesse & Becker in Leipzig